

<実施計画>

1 介護予防ケアマネジメント事業等

●基本目標 1 「健康で生きがいに満ちた暮らし」 1 健康長寿へのチャレンジ

包括名	ごてん
-----	-----

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進																		
項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	活動予定（上段）・実績（下段）												
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
①高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う																		
①通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	総合相談、フレイルチェックによるハイリスク者などから対象者を選出し利用に繋げる。利用後は半年に1回以上モニタリングを行う。	医療職 中心に 全職員		【目標値】 年間1人以上選出 (1人)													
②適切な介護予防ケアマネジメントと評価と実施	要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、利用するサービスを決定します。必要に応じたモニタリングにより、サービス利用者の状態を把握、ケアプラン期間終了後に評価を行います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	①適切なケアプラン作成ができるよう、包括内で勉強会を行う。 ②委託先の適切な介護予防ケアマネジメントができるよう担当者会議に参加し確認助言を行う。	主マネ 中心に 全職員		【目標値】 ①年1回(1回) ②委託先担当者会議出席率65% (R8. 1/31まで73%)													
(2) 地域で取り組む健康チャレンジ																		
③基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止 (健康チャレンジ高齢者把握事業)	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげます。また、フレイルチェックなど他の取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	総合相談にて基本チェックリスト、フレイルチェックを実施し、適切なサービスや情報の提供を行い、健康増進に繋げる。	全職員		【目標値】 年間60件(R8. 1/31 まで年間95件、新規30件)													
④介護予防、健康長寿の講座の開催 (健康チャレンジ普及啓発事業)	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催します。 【目標：年2回以上】	通いの場サロン、長寿会サロンにて、フレイル予防、高血圧予防など健康増進に繋がる講話を、包括専門職や市専門職にて実施する。	医療職 中心		【目標値】 年間2回以上 (R8. 1/31まで15回)	市 専門 職							薬剤師					
⑤地域のリハビリ専門職の関与を含む通いの場等へのフレイル予防普及啓発 (健康チャレンジに取り組むための通いの場の開催支援)	圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行います。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) 【目標：年12回以上】	・圏域内の通いの場サロン、長寿会サロンにて地域のリハビリ専門職を中心にフレイル予防について周知、健康体操を行う。	医療職 中心		【目標値】 長寿会12(R8. 1/31 まで18回)通いの場サロン1回(0回)													
⑥包括企画によるフレイル測定会の開催 (フレイル対策推進事業)	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 【目標：包括企画年1回以上、共同開催年1回以上】	長寿会サロン、地域住民の方対象にて開催する。	医療職 中心		【目標値】 包括企画年1回(7回) 共同開催年1回(1回)								包括企画					
⑦フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整 (高齢者の保健事業と介護予防の一体的な支援)	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行います。また、必要な方へサービス調整を行います。 【目標：把握率 対象者の80%】	後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定会からハイリスク傾向の高齢者について、長寿会や地域サロン参加時や訪問にて対象者の状態を確認し、適切なサービス調整を行う。	医療職 中心		【目標値】 対象の80%													

2 総合相談支援業務等

●基本目標 2「住み慣れた地域で安心のある生活」 2 地域のネットワークの充実

(1) 高齢者よろず相談センターの機能強化																	
項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	取組活動の経過（月）											
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
①包括の認知度の向上	包括の認知度を向上させるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント（公民館祭り等）に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	①どんな時に包括に相談して欲しいかのチラシ内容を検討する。配布先によって内容を変更するか検討する。 ②どんな時に包括に相談して欲しいかのチラシを作成する。 ③どんな時に包括に相談して欲しいかのチラシを地域企業、医療機関に配布し周知する。 ④どんな時に包括に相談して欲しいかのチラシをSNSや広報誌に掲載し周知する。	全職員		【目標値】 ①4～6月 ②7月 ③8～10月 ④11月	←											
②多様化する相談内容に対応できる体制づくり	高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、包括内の体制を整備します。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	①毎朝包括内ミーティングを実施し、相談ケースの情報・対応の共有を行なう。 ②重層的課題のあるケースについて、多職種連携を図り支援体制を整える。	全職員		【目標値】 ①毎朝(毎朝) ②随時(随時)	←											→
③包括職員のスキルアップ	研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、包括職員のスキルアップを行います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	各専門職で必要な研修に参加しスキルアップ図り、包括内ミーティングにて、受講した研修について全職員で共有する。	全職員		【目標値】 各専門職年1回以上(年1回以上)	←											→
④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築	包括の安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、包括職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	年1回以上の訓練・評価・見直しを行い、BCPを定着させていく。	全職員		【目標値】 年1回以上(年2回)	←					訓練見直し						→
3 医療・介護連携の推進																	
⑤かかりつけ医療機関を持つことを推進 (医療・介護連携推進のための支援(医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する))	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	エリア内の病院・クリニック・歯科医院・薬局にリーフレットと包括チラシを配架依頼し、医療と介護の連携に繋げる。	医療職 中心		【目標値】 28カ所(29カ所)	←											→

3 権利擁護事業等 4 認知症支援策の推進

(1) 認知症理解のための普及・啓発																		
項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	取組活動の経過（月）												
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
①市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の方の本人からの情報発信支援	認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。 【目標：企業や学校を含む地域住民への開催 開催回数目標について各包括で設定】	①エリア内の小中学校、企業に認知症サポーター養成講座の開催依頼、講座の開催を行う。 ②住民向け認知症サポーター養成講座を開催する。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 ①小中学校、企業向け開催各1回(小学校2回、企業1回) ②年1回以上(1回)						学童		住民向け					
	チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー（チームオレンジ研修修了者）を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。 【目標：研修の開催とマッチングリストの作成及び活用開催回数とリストの活用目標について各包括で設定】	①チームオレンジ研修を開催する。 ②チームオレンジ研修修了者を地域の社会資源・当事者に繋ぐ。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 ①年1回(1回) ②年1人以上								開催					
(2) 認知症予防施策の充実																		
③身近な場でのコグニサイズ教室の開催	脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場でコグニサイズを開催します。 【目標：開催回数については地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	①めざせ100歳体操を定期開催する。 ②イケオジ体操を定期開催する。 ③地域団体共同にて、いきいき大原を定期開催する。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 ①36回(36回) ②12回(12回) ③24回(33回)													
(3) 認知症に対する早期対応体制の整備（認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり）																		
④認知症地域支援推進員による認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援（若年性を含む）	認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援（若年性を含む）を行い医療・介護・地域等のネットワークにつなげます。 【目標：ネットワークにつなげる割合については地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	認知症の相談時に認知症ケアパスを説明に使用し、専門医療や介護、地域のネットワークに繋げる。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 30%以上(62.5%)													
⑤認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 【目標：選定または相談ケースの提出1人以上】	総合相談、サロン参加時などで対象者の状態把握を行い、必要時選定または相談ケースとして繋げていく。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 選定または相談1人以上(相談1件)													
⑥認知症機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診につなげます。 【目標：認知機能検査プログラムの実施人数60人以上】	総合相談や通いの場サロン、長寿会サロンなどで認知機能検査を実施し、結果により適切な支援に繋げる。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 60件以上(R8.1/31まで54件)													
(4) 認知症高齢者の見守り支援																		
⑦認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 【目標：認知症カフェの開催と支援の回数 3回以上】	①定期的によりそいカフェを開催する。 ②新規認知症カフェの開催に向け関係者と調整していく。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 ①6回(6回) ②新規1ヶ所開催		開催		開催		開催		開催		開催		開催	

●基本目標 3 「いのちと権利を見守る地域社会」

5 孤独死の防止に向けた取り組みの充実

項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	取組活動の経過（月）												
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
⑧重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制の強化	①課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。 ②ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行います。 【目標：連携方法の検討機会、見守り体制の強化につながる活動等の目標を各包括で設定】	①複雑化しているケースは他機関と情報共有し、連携して対応する。 ②サロン、長寿会、独居高齢者食事会に参加して地域住民に対して包括の周知を行う。民生委員や自治会等の定例会に参加し、包括の周知と情報共有を行う。	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 ①年2件（7件） ②月2回（月3～8回）													

6 権利擁護事業の充実

①日常を支える権利擁護事業の促進

⑨権利擁護のための相談支援及び普及啓発	日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を支援します。 【目標：普及啓発や相談支援の実施回数、制度利用へつなげる人数等の目標を各包括で設定】	・長寿会、公民館祭り等にて成年後見制度についてのチラシ配布、講話を行う。 ・必要とする方に制度の案内説明や成年後見利用支援センターの活用等を促す。	社会福祉士		【目標値】 普及啓発年2回（年2回） 制度の案内年1名（年1名）												
⑩自分らしい人生の締めくくりを迎えるための活動（終活）支援	自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行います。 【目標：終活講座・講話 年1回以上開催】	・サロンにて終活講話を行う。 ・個別相談に応じて、エンディングノートの情報を伝える。	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 普及啓発1回（年3回）												

②高齢者虐待を予防し、早期発見、早期対応に努める

⑪高齢者虐待の予防、早期発見のための講話等による普及啓発	高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施していきます。 【目標：普及啓発を年1回以上開催】	・長寿会、公民館祭り等にて高齢者虐待防止予防のチラシ配布、講話を行う。 ・エリア内の介護サービス事業所にチラシ配布し虐待の予防、早期発見の周知を行う。	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 普及啓発年3回（年3回）	事業所											公民館祭
⑫高齢者虐待マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討を実施	高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内で事例検討を行います。 【目標：相談対応を行った事例等を基に事例検討を1回以上実施】	・過去に対応した虐待ケースを基に包括内で事例検討を行う。	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 事例検討年1回（年2回）												事例検討

・包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

●基本目標 2-1「ネットワークの充実」

(1) 高齢者よろず相談センターの機能強化																		
項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	取組活動の経過（月）												
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
①ケアマネジャーへの支援 （ケアマネジャーとの連携強化の支援）	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	ケアマネジャーからの相談について、情報提供、助言、必要に応じて同行訪問を行う。	主任ケアマネ 中心に 全職員		【目標値】 個別相談20件(73件) 同行訪問10件(7件)													
(2) 地域資源との連携強化（地域のネットワークの構築・支援等を行う）																		
②地域ケア会議を開催し、個人や地域の課題を把握・解決 （地域ケア会議の開催）	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	包括内で相談ケースのデモ地域ケア会議を行い、全職員が開催できるスキルを学び、小地域ケア会議に繋いでいく。	主任ケアマネ 中心に 全職員		【目標値】 小地域ケア会議1回(0回) 個別ケア会議1回(0回)													
第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築 （協議体の開催）	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 包括が地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	長寿会、民児協、自治会の定例会に参加し地域課題の情報共有や課題解決に向けたニーズの確認を行う。	主任ケアマネ 中心に 全職員		【目標値】 月1回(月1回)													
地域資源と良い関係性を構築 （地域資源と関係構築）	地域資源（医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等）と良い関係を構築します。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	圏域内の医療・介護機関期間、自治会、地区社協、民児協、通いの場に参加し、相談しやすい関係性の構築を図る。	主任ケアマネ 中心に 全職員		【目標値】 月2回（月3～8回）													